

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

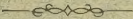
Année scolaire 1912-1913 — N° 8

DES ABCÈS

DE LA

RÉGION LOMBAIRE GAUCHE

D'ORIGINE INTESTINALE

—  —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph BRANCHE

Né à Lyon, le 15 septembre 1885



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

DES ABCÈS
DE LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE
D'ORIGINE INTESTINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 8

DES ABCÈS

DE LA

RÉGION LOMBAIRE GAUCHE

D'ORIGINE INTESTINALE

—❧—

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

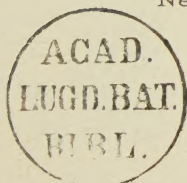
Et soutenue publiquement le 20 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph BRANCHE

Né à Lyon, le 15 septembre 1885



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	LEPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	X...
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	LESIEUR.
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOYE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie.	REGAUD.	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; PONCET, Assesseur;

MM. PATEL et THEVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance filiale.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Qui nous a inspiré ce travail. Nous
le remercions de son obligeance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MM. NOVÉ-JOSSERAND, VALLAS, VILLARS,
BÉRARD, COLLET, PÉHU, LECLERC

Internat provisoire.

MM. le P^r JABOULAY, BRET, PLAUCHU, DEVIC,
MOUISSET, P^r WEILL, PAUL COURMONT

Internat de Saint-Etienne.

MM. VIANNAY, BEUTTER, MARTEL, DESCOS

AVANT-PROPOS

Cette étude nous a été inspirée par M. le Professeur agrégé Patel, à l'occasion de trois observations d'abcès lombaires gauches d'origine intestinale opérés et guéris. Il nous a paru intéressant de faire une étude d'ensemble de ces collections qui constituent une variété des formes extra-péritonéales des sigmoïdites.

Nous sommes convaincu que les cas analogues à ceux que nous présentons, pour être rares, sont plus fréquents que l'on ne croit.

La rareté des observations publiées, venant en partie de ce fait que ces abcès sont étiquetés sous des noms divers, le plus souvent, phlegmons périnéphrétiques.

Ils sont le pendant des abcès rétro-péritonéaux lombaires d'origine appendiculaire, bien connus actuellement. Nous verrons dans cette étude que leurs manifestations cliniques sont identiques.

Historique.

L'étude des sigmoïdites est toute récente et ne remonte qu'à ces dernières années. Elles furent longtemps méconnues et niées. L'appendicite et le néoplasme résumant en grande partie la pathologie du gros intestin.

En 1893, Mayor publie son remarquable mémoire sur « une variété d'entérite iliaque » dans la *Revue médicale de la Suisse romande*. Il emploie le premier le terme de sigmoïdite et fait entrevoir le traitement chirurgical.

En 1898 parut la thèse de Régnier inspirée par Jaboulay, relatant trois cas de pérисigmoïdites opérées.

Après un nouvel oubli, les sigmoïdites reviennent à l'ordre du jour, sous l'influence de nombreux travaux surtout étrangers : Mathew's, Edlefsen. Bittorf. Waleha. Rosenheim de Berlin qui en donne une excellente description.

En 1906 eut lieu une discussion à la Société de Chirurgie de Paris à propos d'un cas de pérисigmoïdite consécutive à un abcès de l'ovaire, présenté par Michaux, qui expose ses idées dans la thèse de Saillant.

De la discussion à laquelle prirent part Segond, Hartmann, Tuffier, Loison, il résulta la distinction

entre les péricolites vraies et les péricolites secondaires, extra-intestinales.

Patel et Pellanda, *Lyon Médical* (1906), étudient la pathogénie des colites. Ils décrivent une anse sigmoïde à diverticules nombreux, recueillie sur le cadavre d'une vieille femme ayant présenté de l'entéroptose généralisée et ayant succombé à des accidents pulmonaires.

Ils montrent l'importance pathologique de ces prolongements du gros intestin. « Les colites suppurées, dont l'existence est entièrement démontrée, reconnaissent très souvent pour cause une lésion diverticulaire ».

En 1907 parurent des travaux importants sur les colites : article de Catz, dans la *Gazette des Hôpitaux* ; nouveau mémoire de Mayor. L'étude importante de Patel parue dans la *Revue de Chirurgie*, citant un certain nombre de cas de sigmo-péricolites suppurées.

Depuis, de nombreuses observations ont été publiées, surtout à l'étranger, « sous le terme de diverticulites ». Nous citerons les noms de G.-A. Hartwell, Moschcowitz, Olmsted, Rowlands.

En France, articles de Lejars, Poulain, de Guillaume, Louis (de Tours). La thèse de Boudailly, celle de Lelandais (1910), inspirée par Patel, et qui contient quelques lignes, sur le sujet particulier qui nous occupe.

Actuellement les traités classiques consacrent quelques articles aux colites.

Enfin, au Congrès de Médecine 1912, M. Cade, dans

son rapport sur les colites, a montré de nouveau le rôle pathogénique des diverticules.

Cependant, malgré tous ces travaux accumulés ces dernières années, on ne connaît pas encore toutes les manifestations anatomo-cliniques de ces affections. Contrairement aux formes ordinaires péritonéales des sigmoïdites, bien étudiées, les formes rétro-péritonéales n'ont pas, autant qu'elles le méritent, attiré l'attention des médecins. Elles existent ; leur intérêt s'accroît du fait qu'elles sont absolument comparables aux formes rétro-péritonéales de l'appendicite, étudiées, il y a quelques années, par Vignard, Cavaillon, Chabanon.

Le plus souvent, on est en présence de phlegmons sous-péritonéaux, pointant dans la région lombaire et prenant l'aspect larvé d'un phlegmon périnéphrétique.

Il est certain que nombre de collections ainsi dénommées ne sont en réalité que des abcès d'origine intestinale.

Il est difficile, en effet, d'admettre que la loge rénale fermée de toutes parts, sauf à la partie inférieure, puisse donner lieu à des collections en dehors de toute lésion rénale ou pyélique. Ces cas existent, mais sont plus rares que l'indiquent les classiques. D'autant que dans beaucoup d'observations étiquetées « phlegmons périnéphrétiques », le pus est franchement d'origine intestinale et contenu dans une poche n'ayant souvent aucun rapport avec la loge rénale et le rein, ce que l'on peut constater à l'intervention.

Aperçu anatomique.

Il est utile de rappeler les rapports des côlons descendant et iléo-pelvien avec la paroi abdominale postérieure, et de les comparer avec ceux identiques du cæcum et de l'appendice.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que le côlon descendant et le début de l'anse sigmoïde, occupent une situation à peu près fixe, et présentent des rapports directs avec cette paroi postérieure. Nous n'avons pas à discuter ici s'il y a ou non interposition d'un feuillet péritonéal postérieur plus ou moins modifié. Cette question intéressante au point de vue chirurgical, nous entraînerait trop loin.

Le côlon descendant et la portion initiale de l'anse sigmoïde sont fixés à la paroi lombaire et à la partie supérieure de la fosse iliaque interne. Ils y sont maintenus en haut, au niveau de l'angle splénique par le ligament phréno-colique gauche, et sur tout leur parcours par le péritoine qui, passant au-devant d'eux les applique directement contre la paroi. Quelquefois cependant il existe un petit méso-côlon qui permet quelques petits déplacements.

Le côlon descendant, dans sa partie supérieure, entre en rapport avec le bord externe de la face

antérieure du rein gauche, et sur le reste de son étendue, est accolé à la fosse lombaire, dont il est séparé par le tissu sous-péritonéal et le fascia transversalis.

La portion initiale de l'S iliaque est appliquée contre la partie supérieure de la fosse iliaque interne qui est tapissée par le psoas iliaque, longé en dedans par les vaisseaux iliaques externes. Elle en est séparée par le fascia iliaca et le tissu sous-péritonéal.

Celui-ci forme une nappe continue du pelvis au diaphragme, facilement décollable, où le pus a toutes les facilités pour se diffuser.

Contrairement à la portion précédente, le reste de l'S iliaque est au contraire des plus mobiles grâce à un méso-côlon extrêmement développé.

Les rapports qu'affecte l'anse sigmoïde avec les parois de la fosse iliaque et du pelvis sont de ce fait des plus variables, et ne sont pour ainsi dire constitués que par l'attache du méso. L'insertion colique de ce dernier est de beaucoup plus développée que l'insertion pariétale ; cette dernière se fait suivant une ligne plusieurs fois coudée, partant du bord externe du psoas iliaque qu'elle traverse obliquement, pour finir à la 3^e vertèbre sacrée après avoir gagné la 4^e où la 5^e vertèbre lombaire et croisé l'iliaque primitive gauche.

C'est grâce à ce méso-côlon que les abcès nés de la paroi postérieure de l'intestin gagneront le tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque et de la région lombaire. Ils le feront d'autant plus facilement que le méso sera plus court et plus riche en tissu cellulaire.

En somme, ce sont les rapports directs de la face

postérieure des côlons avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui expliquent la formation de ces abcès rétro-péritonéaux nés d'une lésion intestinale, et venant pointer dans la région lombaire, au niveau de l'un de ses points faibles : le triangle de J.-L. Petit.

Du côté du cæcum et de l'appendice, dans les cas de suppurations semblables, nous nous trouvons en présence de dispositions anatomiques identiques. Cavaillon et Ancel ont étudié les rapports possibles et variables d'ailleurs du tissu cellulaire péri-cæcal et du tissu sous-péritonéal. Ils ont distingué cinq types, suivant que le cæcum est flottant, avec ou sans grande fossette rétro-cæcale ; qu'il est plus ou moins accolé à la paroi, soit directement, soit à l'aide d'un méso.

Or, les suppurations rétro-péritonéales, analogues à celles qui nous occupent ici, ne se voient que dans les cas d'accolement du cæcum à la paroi.

Les abcès rétro-cæcaux, au contraire, ne se rencontrent que dans les cas de dispositions anatomiques opposées, de cæcum flottant, ou pourvu d'une fossette rétro-cæcale plus ou moins développée.

Etiologie. — Pathogénie.

L'étiologie et la pathogénie des abcès lombaires d'origine intestinale sont celles de toutes les sigmoïdites avec quelques points spéciaux expliquant la localisation de l'abcès au tissu rétro-péritonéal.

Les conditions étiologiques ne sont pas toutes connues. La fréquence relative ne peut être fixée, puisque ces collections sont étiquetées sous des noms différents. Ce que l'on retrouve toujours, ce sont les antécédents intestinaux. Il s'agit le plus souvent d'adultes, gros mangeurs, abusant de l'alimentation carnée. C'est peut-être pour cela que les cas sont plus fréquents en Angleterre, en Amérique. Tous ont un passé intestinal, ce sont des constipés, des entériques, ayant présenté ou présentant des signes d'entérocolite simple ou de colite ulcéreuse grave dysentérique ou non.

Mais tout ceci ne constitue que des faits secondaires. Ce sont les conditions anatomo-physiologiques du côlon iliaque qui expliquent la localisation de l'infection à son niveau.

L'S iliaque joue le rôle de réservoir des fèces, rôle très favorable au développement d'une infection, d'autant qu'interviennent des dispositions favorisantes

tenant à la mobilité excessive de cette portion du côlon et à la présence de diverticules dans ses parois.

Le rôle physiologique de l'S iliaque est un rôle de régulation. Les matières, après avoir traversé, liquides encore, le cæcum, s'y arrêtent, s'y solidifient, avant de passer dans le rectum. Connue depuis longtemps, cette fonction de régulation a été bien exposée par Mayor. « Il est facile de se rendre compte de la réalité de cette fonction, en observant les personnes qui possèdent la régularité de la selle matinale. Au réveil, le besoin de la défécation n'existe généralement pas : il apparaît quelques instants après, les mouvements péristaltiques se sont accentués, ayant chassé jusque dans le rectum les matières fécales retenues plus haut. Chez certains individus, une première selle expulsée est suivie d'une seconde à un quart d'heure ou à une demi-heure de distance. Ici l'S iliaque avait déjà envoyé une partie de son contenu au rectum ; celui-ci vidé, elle s'est déchargée définitivement, amenant une seconde fois le besoin de la défécation. »

Ce dernier besoin a pour siège le rectum, ce qui explique que des individus « constipés inconscients » puissent avoir, malgré des selles journalières, une élimination insuffisante des fèces qui remplissent et irritent le côlon iliaque.

D'autant que les dispositions anatomiques de ce dernier favorisent cet état de choses, grâce au méso-côlon l'anse sigmoïde jouit d'une mobilité extrême, d'autant plus grande que le méso est plus développé. Cette mobilité lui permet des déplacements considérables dans l'abdomen et le pelvis, ce qui apporte une gêne souvent

énorme, au cours des fèces, déjà très ralenti normalement. En même temps, les parois de l'anse peuvent présenter des dilatations, des bosselures en nombre et en taille, anormalement développées, formant de vraies poches produites par la stagnation des matières, ou au contraire congénitales, véritables maladies de Hirsprung.

Tous ces facteurs physiologiques et anatomiques ne servent qu'à faciliter l'infection des diverticules sigmoïdiens qui se trouvent dans les parois de l'anse et qui au point de vue pathologique réagissent comme l'appendicite.

Les diverticules de l'S iliaque.

« On appelle ainsi, dit M. Patel, qui a fait à ce sujet de nombreuses recherches avec M. Pellanda, de petites saillies visibles sur la surface extérieure de l'intestin et dans lesquelles la cavité intestinale se prolonge. »

Tout d'abord constatés que chez des vieillards, ils ont été retrouvés à tous les âges de la vie. Les diverticules et leurs manifestations pathologiques peuvent donc se voir aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

Leur nombre est des plus variables. Peu nombreux habituellement, on en trouve parfois vingt, trente et plus. Le plus souvent, ils sont situés sur une bande verticale comprise entre l'insertion du méso-côlon et une bande musculaire latérale. Rarement on les rencontre sur la convexité de l'intestin.

En se basant sur leur constitution, on les a divisés en vrais ou faux.

Les *vrais* comprennent dans leurs parois toutes les tuniques de l'intestin. Ce sont de véritables évaginations de l'intestin.

Les *faux* ne comprennent que la muqueuse. Ce ne sont que des hernies de cette dernière à travers la musculuse. Cruveilhier les avait décrits le premier et les qualifiait de « hernies tuniquaires ».

Mais les travaux récents de J.-A. Hartwell et A. Cecil détruisent cette classification. Ces auteurs, par leurs nombreux examens, ont montré qu'il n'y a primitivement que des diverticules du type vrai qui évoluent ultérieurement vers le type faux, à mesure qu'ils augmentent de volume. On retrouverait toujours une musculuse dont la minceur est en raison directe de la taille du diverticule.

Leur origine n'est pas moins contestée, bien qu'actuellement, pour la majorité des auteurs, ils soient toujours acquis et soient par là bien dissemblables anatomiquement de l'appendice et du diverticule de Meckel. La coprostase jouerait un rôle important dans leur formation. Nous citerons la théorie mécanique de Hansemann, la théorie musculaire de Graser, la théorie glandulaire de Zilgien. Par contre, pour quelques auteurs, l'origine congénitale des diverticules serait possible. Ces derniers seraient comparables aux kystes uniloculaires juxta-intestinaux, étudiés par Terrier et Lecène, et qui sont situés sur la fin de l'iléon ou dans l'angle iléo-cæcal.

Mais, quelle que soit l'opinion que l'on professe sur leur origine, tout le monde est d'accord pour reconnaître leur analogie pathologique avec les au-

tres diverticules intestinaux, l'appendice en particulier.

Le mode d'infection reste toujours le même. La constipation, à elle seule, peut irriter les parois de l'anse sigmoïde, par de menus traumatismes, mais elle ne peut provoquer la prétendue sigmoïdite stercorale. Elle n'agit qu'en favorisant l'infection par la stagnation des fèces. La flore microbienne, si riche à ce niveau, voit sa virulence s'exagérer dans de grandes proportions et va réagir sur la paroi intestinale enflammée, peut-être même en l'absence de toute ulcération servant de porte d'entrée. « Une muqueuse enflammée devenant par le fait perméable aux agents microbiens, qui peuvent aller ainsi jouer leur rôle nocif, loin de leur point de départ, »

Les diverticules s'infecteront d'autant plus facilement « qu'ils prolongent, dit M. Patel, la cavité intestinale et réalisent des recoins, dans lesquels l'infection trouve des conditions éminemment favorables à son développement. »

Leur infection pourra être réalisée de façon très différente : tantôt une ulcération de la muqueuse servira de porte d'entrée, tantôt un corps étranger (boulette stercorale, débris alimentaires) en sera l'occasion. D'autres fois le mécanisme de la cavité close sera réalisé par œdème de la muqueuse, ou obstruction par un corps étranger. Enfin, elle pourra être obtenue par la stagnation des liquides intestinaux dans le diverticule.

Une fois constituée, l'infection diverticulaire va former de petits abcès qui, par rupture de leur parois ou par migration lymphatique vont donner lieu à une suppuration péricolique, si elle se développe dans

le péritoine, ou rétro-péritonéale, si c'est dans l'espace sous-péritonéal.

Cette dernière localisation étant expliquée par les rapports anatomiques que nous avons signalés plus haut, ou par la présence de diverticulites de la paroi postérieure de l'intestin directement en rapport avec le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Anatomie pathologique.

Les lésions initiales et locales se trouvent sur l'anse sigmoïde et sur le côlon descendant.

Ces lésions sont très variables en intensité et en étendue, mais elles sont toutes constituées par l'inflammation plus ou moins profonde des parois coliques et surtout par l'infection des diverticules sigmoïdiens.

Extérieurement, l'S iliaque et le côlon descendant peuvent paraître à peu près sains, ne présentant que quelques adhérences inflammatoires les fixant à la paroi postérieure, ou au contraire être entourés d'une gangue inflammatoire plus ou moins épaisse et être transformés en un cylindre induré, aux parois œdématisées, boursoufflées.

Nous ne nous appesantirons pas sur ces lésions intestinales que l'on aura très rarement occasion d'observer, sauf, au cours d'une autopsie. L'intervention se bornant le plus souvent à l'incision et au drainage de la collection.

L'abcès se constitue dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal rétro-colique de la même manière que les abcès appendiculaires, soit par perforation d'un diverticule dans l'espace sous-péritonéal, soit par propagation lymphatique.

L'abcès va se développer, fusant de proche en proche. Il remonte, venant bomber dans la région lombaire au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Cette marche ascendante de la collection est bien suivie en clinique. La tuméfaction et l'empâtement apparaissent tout d'abord à *la partie inférieure de la région lombaire*, au-dessus de la crête iliaque, laissant bien dégagée la moitié supérieure de la région. Ce fait a certainement une grande importance pour diagnostiquer l'origine intestinale de ces collections.

Celles-ci sont constituées, le plus souvent, par des abcès lombaires quelquefois en bissac, en bouton de chemise, formés alors de deux poches l'une superficielle, l'autre profonde, communiquant entre elles grâce à un orifice percé dans les aponévroses lombaires.

Les parois de l'abcès sont irrégulières, anfractueuses, divisées en cavités secondaires plus petites. L'une des parois est en rapport en bas avec le feuillet postérieur du péritoine qui est épaissi et la paroi intestinale qui y est plaquée.

La poche profonde de la collection est à cheval sur les deux régions lombaire et iliaque interne. Le volume est des plus variables, car ces abcès ont souvent un caractère inquiétant d'extension et de diffusion.

Le pus est chaud, phlegmoneux, bien lié, verdâtre ou brun rougeâtre, d'odeur fécaloïde. Il est souvent gazeux et contient parfois des corps étrangers : soit petites boulettes stercorales, soit débris alimentaires non digérés, constatation des plus importantes pour le diagnostic.

Les microbes observés sont en premier lieu le *Bacte-*

rium coli, qui occupe une place de choix, puis le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le bacille pyocyanique, l'entérocoque.

Evolution anatomique.

La résolution étant impossible, le pus va chercher une issue à l'extérieur. L'abcès se fistulisera rarement au niveau des points faibles de la région lombaire, du triangle de J.-L. Petit en particulier. Dans d'autres cas, il viendra s'ouvrir dans l'intestin et il se produit toujours une fistule qui s'éternise si le malade n'est pas opéré.

Mais avant d'arriver à cette évacuation spontanée, le pus a le temps de se diffuser dans le tissu rétro-péritonéal, déterminant suivant les cas une psoïte, un abcès sous-phrénique se terminant par une vomique.

D'autres fois, l'extension se fera au niveau de la paroi abdominale, qui sera infiltrée, transformée en une éponge purulente. Ce sera un vrai phlegmon diffus à tendances particulièrement gangreneuses.

Etude clinique.

Le tableau clinique est absolument identique à celui des formes sous-péritonéales de l'appendicite.

Dans les infections suppurées ou non des organes abdominaux et de l'intestin en particulier, c'est la réaction péritonéale qui domine et donne au tableau clinique son allure caractéristique. « C'est le côlon que l'on interroge, mais c'est le péritoine qui répond. »

Dans le cas particulier qui nous occupe, rien de tout cela. Au contraire, quelle que soit la brusquerie ou l'insidiosité du début, l'allure et la marche plus ou moins graves et rapides, le péritoine reste silencieux. L'affection, bien que d'origine intestinale, revêt l'allure d'un phlegmon lombaire profond.

Le *Début* est variable. Il peut être brusque ou insidieux.

Brusque, il se fera par de vives douleurs dans la région lombaire, survenant en pleine santé, s'accompagnant de fièvre élevée, de phénomènes généraux graves. Il est cependant exceptionnel d'observer l'acuité du début d'une sigmoïdite aiguë.

Insidieux, le pus se forme au milieu d'un minimum de signes locaux et généraux. Les douleurs sont peu intenses, la fièvre peu élevée, la localisation de l'abcès se révélant tardivement.

On peut d'ailleurs observer, entre ces deux extrêmes, toutes les modalités cliniques possibles.

Mais dans tous les cas il s'agit de malades adultes, ayant un passé intestinal souvent chargé. Ce sont de gros mangeurs, abusant de l'alimentation carnée, ayant depuis longtemps des signes d'entéro-colite : constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques, crises douloureuses plus ou moins violentes et fréquentes.

A cette période du début, on observe deux grands signes : la douleur, la fièvre.

La douleur siège dans la région lombaire, avec maximum au-dessus de la crête iliaque, contrairement aux périnéphrites suppurées, où la douleur maximum siège plus haut. D'abord vague et diffuse, elle se précise au fur et à mesure que l'abcès se développe.

Elle se continue parfois le long du côlon. Elle s'irradie dans les cuisses, le périnée, les organes génitaux. Ces irradiations étant expliquées par les rapports du tissu cellulaire rétro-péritonéal avoisinant avec les divers nerfs : grand et petit abdomino-génitaux, génito-crural, fémoro-cutané, crural. Les irradiations du côté de ce dernier nerf étant particulièrement fréquentes aussi bien dans les cas d'appendicites sous-péritonéales que dans les cas qui nous occupent.

C'est une douleur spontanée, d'abord sourde, puis s'exagérant, devenant lancinante, augmentée par la palpation de la région lombaire, par les mouvements, les efforts, la toux, les grandes inspirations. Le malade s'immobilise dans le décubitus dorsal, portant le poids du corps sur le côté sain. La cuisse est en flexion et adduction légères.

La douleur peut être pendant longtemps le seul signe local observé.

La Température survient après la douleur ordinairement, et peut présenter plusieurs modalités.

Fièvre intense s'accompagnant d'un état typhique. Les signes généraux marquent une infection grave : soif vive, nausées, quelques vomissements, un peu de diarrhée fétide.

Elle peut présenter des accès intermittents, semblables aux accès paludiques ou à la fièvre urinaire ou hépatalgique.

Le plus souvent elle est assez irrégulière, avec des poussées soudaines.

Enfin, elle peut manquer chez les vieux, les malades affaiblis.

Bientôt apparaissent la tuméfaction et l'empâtement lombaires qui vont révéler la présence de pus profond. Ces signes apparaissent un temps variable après le début : de quelques jours à quelques semaines. Ils sont d'abord peu marqués, déterminant une simple voussure qui va comblant peu à peu le méplat lombaire. Plus tard, l'empâtement et la tuméfaction vont se précisant, se délimitant, arrivant à envahir une partie plus ou moins grande de la paroi, empiétant sur les régions voisines.

Il convient de rechercher ces signes avec soin, dès le début. On explorera par comparaison les deux régions symétriques. Le malade sera dans la position la moins douloureuse pour lui et la plus favorable pour l'examen. On le mettra dans le décubitus soit ventral, soit dorsal, soit latéral sur le côté sain.

C'est le palper bi-manuel lombaire et lombo-abdominal, qui donne les meilleurs renseignements. On le pratiquera au besoin sous anesthésie, en cas de douleurs trop violentes.

On constate :

Signe important : l'absence de toute réaction péritonéale, déjà prouvée par l'absence du facies grippé-plombé, des vomissements porracés. Le ventre est souple, dépressible. La fosse iliaque est indolore ou à peu près, on y perçoit parfois une tumeur allongée, boudinée, assez mobile, un peu douloureuse, correspondant au côlon. Ceci donnera l'éveil sur l'origine intestinale possible de la collection.

Dans la région lombaire, on voit que l'empâtement et la tuméfaction, signe de très haute valeur, débutent dans la moitié inférieure, immédiatement au-dessus et le long de la crête iliaque qui est comme encerclée. Progressivement, la région se laisse envahir de bas en haut, mais pendant très longtemps, on arrive à sentir et à voir l'échancrure costo-lombaire.

Le début par la partie inférieure des lombes est caractéristique des phlegmons d'origine intestinale, en particulier sigmoïdienne. Il se comprend facilement. Le pus, tout d'abord localisé au niveau du tissu cellulaire rétro-péritonéal de la fosse iliaque, fuse en haut, pénètre dans la région lombaire, en suivant et dépassant la crête iliaque, contre laquelle il se plaque. La poche de l'abcès étant ainsi à cheval entre les régions lombaire et iliaque. Dans les phlegmons périnéphrétiques, au contraire, la tuméfaction et l'empâtement débutent beaucoup plus haut, dans la moitié supérieure

de la région, faisant disparaître l'encoche costolombaire, tout en laissant relativement libre la crête iliaque.

Le palper révèle donc, le plus souvent, la présence d'un empatement profond, mal délimité, se continuant plus ou moins, sur la paroi abdominale; beaucoup plus rarement dans la fosse iliaque, dans les lésions étendues, auquel cas les touchers vaginal et rectal seront très utiles. Cet empatement donne la sensation d'une tumeur diffuse, ne ballottant pas ordinairement, ne suivant pas les mouvements du diaphragme.

Disons enfin que la percussion donnera des renseignements très variables, les abcès étant profonds et quelquefois gazeux.

Plus tard, signe décisif, se montre l'œdème lombaire qui s'étend loin sur les régions voisines. C'est un œdème unilatéral, inflammatoire, pathognomonique d'une suppuration située tout proche.

Dans la plupart des cas, la fluctuation n'a pas le temps de survenir, soit que le malade ait été opéré, soit qu'en cas contraire, il ait été emporté par une des nombreuses complications de ces suppurations à tendances diffuses.

Mais il est certain qu'il ne faut pas attendre la venue de ces signes ultimes pour faire le diagnostic et confier le malade au chirurgien.

Evolution.

L'évolution est rarement très aiguë. Le plus souvent même, après un début brusque, quinze jours à plu-

sieurs semaines sont nécessaires à la constitution de l'abcès. La marche de ce dernier pouvant se faire par poussées successives.

L'évolution peut parfois être exceptionnellement lente et demander plusieurs mois à se faire. Le malade dans ces cas s'affaiblissant et marchant vers l'hecticité.

Terminaison.

La terminaison naturelle est l'évacuation spontanée du pus à l'extérieur, si la collection n'est pas ouverte à temps, la résolution étant absolument exceptionnelle. L'abcès vient se faire jour vers le triangle de Jean-Louis Petit, et se fistulise à ce niveau. Cette éventualité est très rare et plutôt théorique, le malade ayant été emporté par une complication, souvent avant qu'elle ne se produise. Le pus peut encore s'évacuer dans l'intestin, cas plus fréquent. Cette évacuation se fait à une période relativement proche du début. Le malade rend avec des selles diarrhéiques une quantité plus ou moins grande de pus. Mais cette évacuation spontanée a, dans le cas présent, rarement l'influence heureuse, curatrice observée dans les cas d'abcès bien collectés intra-péritonéaux appendiculaires ou sigmoïdiens. Car l'on a affaire à des suppurations souvent diffuses, ou qui, bien collectées, sont très étendues et par conséquent se vident mal, par l'ouverture insuffisante de la fistule,

Complications.

Les complications sont les mêmes que celles des formes postérieures de l'appendicite.

On peut observer toutes celles qui sont communes aux suppurations graves : abcès métastatiques pyohémiques, abcès du foie, broncho-pneumonie, pleurésie purulente. L'infection de la plèvre se faisant par les voies lymphatiques sous-diaphragmatiques, soit encore à la suite d'un abcès sous-phrénique, s'ouvrant dans la plèvre, après perforation du diaphragme.

Car à côté de ces complications d'ordre général, il en est de plus particulières, provenant de l'extension et de la diffusion de la suppuration qui peuvent se faire, soit du côté de la paroi abdominale, soit du côté du tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Le pus avant de venir bomber, sous les téguments superficiels, ce qui exige la perforation d'aponévroses résistantes, a le temps de décoller, d'infiltrer les divers plans de la paroi abdominale, déterminant du côté de cette dernière un phlegmon diffus souvent gangreneux de très haute gravité,

Du côté de l'espace sous-péritonéal, le pus a encore plus de facilité à fuser. Le tissu cellulaire formant une nappe continue du diaphragme au pelvis qui n'oppose qu'une faible résistance à l'infection.

Si la migration se fait par le bas, la gaine du psoas iliaque est prise, déterminant une psoïte avec l'attitude caractéristique du membre inférieur. Le pus vient pointer vers l'arcade crurale ou dans le triangle de Scarpa.

Dans d'autres cas, au contraire, la migration se fait dans la partie supérieure de l'espace. Les fusées purulentes passent en avant et en arrière de la loge rénale et gagnant l'espace sous-phrénique.

L'envahissement de ce dernier ne saurait être précisé. Les douleurs dans l'hypocondre, le thorax, avec irradiations dans l'épaule et le bras sont trop inconstantes pour être un signe de valeur.

L'abcès sous-phrénique une fois constitué sera souvent méconnu, ou pris pour un épanchement pleural jusqu'à l'apparition d'une vomique ou d'une pleurésie putride. Seules les ponctions exploratrices étagées et la radioscopie peuvent le faire diagnostiquer avec certitude.

Quelquefois tout l'espace rétro-péritonéal peut être pris, comme dans un cas de Rolleston, où l'abcès remontait du bassin au diaphragme.

Nous citerons enfin, comme dernière complication possible, la rupture de la collection dans le péritoine déterminant suivant les cas une péritonite généralisée ou enkystée.

Pronostic.

Tout en étant d'un pronostic sérieux et à réserver, ces abcès lombaires d'origine intestinale sont, dans leur ensemble, moins graves qu'un phlegmon périnéphrétique vrai, où le rein présente toujours de profondes altérations.

Ils le sont moins que les phlegmons rétro-péritonéaux, appendiculaires, ces formes étant fort graves.

puisque, sur 31 cas de phlegmons cités dans le travail de Cavaillon-Chabanon, il y a 20 cas de morts.

Il est difficile de se faire une véritable idée de la gravité des suppurations qui nous occupent, vu le peu de cas qui sont relatés. Elles semblent cependant moins graves que les phlegmons cités plus haut.

Leur gravité vient non seulement de la nature et de la virulence de l'infection, du terrain sur lequel elle évolue, mais encore et surtout de la tendance à la diffusion du pus.

Cependant, d'une façon générale, on peut considérer comme relativement bénin le pronostic de ces abcès traités d'une façon précoce.

Diagnostic.

La difficulté du diagnostic n'est pas tant de reconnaître l'abcès lombaire, que de le rapporter à sa véritable origine intestinale, et de ne pas le confondre avec les autres suppurations chaudes de la région. L'erreur serait, il est vrai, minime, car dans tous les cas l'intervention doit être précoce.

Diagnostic de l'abcès lombaire.

Le diagnostic se fera sur les caractères, les localisations de la douleur, la fièvre, les phénomènes infectieux concomitants et surtout l'apparition de l'empâtement et de la tuméfaction. Il ne faut pas attendre la venue de l'œdème de la paroi, ni surtout de la fluctuation pour faire le diagnostic.

Ceci nous permettra d'éliminer un certain nombre d'affections.

Au stade initial de douleur, on peut penser à :

Une névralgie iléo-lombaire qui présente ses points douloureux sur les trajets nerveux.

Un lumbago facile à reconnaître par le siège musculaire de la douleur.

Des coliques néphrétiques frustes, auquel cas on recherchera les antécédents de gravelle et l'on examinera soigneusement et systématiquement les urines.

Si ce sont les phénomènes généraux et la température qui prédominent, on pourra confondre avec :

Un accès de fièvre paludique, qui sera jugulé par la quinine ou un début de fièvre typhoïde, de colo-typhus ou d'infection générale de nature indéterminée.

Ici, comme dans tous les cas précédents, ce sera l'examen de la région lombaire, au point de vue douleur, tuméfaction et empâtement qui mettra sur la voie du diagnostic.

La tuméfaction et l'empâtement douloureux, inflammatoires, accompagnés de phénomènes généraux infectieux, feront donc soupçonner la présence de pus profond. Ils ne pourront être confondus avec une tumeur rénale (néoplasme ou hydronéphrose) qui donne une sensation de masse arrondie, bien limitée et qui s'accompagne de signes urinaires à rechercher avec soin. On y trouvera du sang, des fragments de tumeur. On sera en présence d'une débâcle urinaire coïncidant avec l'affaissement de la tumeur et la disparition des douleurs, etc.

Diagnostic causal.

L'abcès lombaire étant reconnu, on en recherchera la cause. Le diagnostic causal se fera le plus souvent par exclusion.

L'origine intestinale (sigmoïdienne ou colique) sera probable.

Si le malade présente un passé intestinal.

Si l'exploration du rein et de l'appareil urinaire reste négatif, de même que la recherche des points douloureux osseux, du rachis, du bassin, des côtes.

L'examen du malade confirme cette hypothèse quelquefois, en permettant parfois de percevoir dans la fosse iliaque gauche, par la palpation abdominale, ou par les touchers vaginal et rectal, un côlon ou une S iliaque gros, induré, douloureux.

On attachera une grosse importance à la tuméfaction et à l'empâtement lombaires profonds qui débuent à la partie inférieure de la région au-dessus et le long de la crête iliaque.

On éliminera :

Le phlegmon périnéphrétique. — Le vrai, celui de la loge rénale, qui est rare et se développe presque toujours au contact d'une lésion du rein ou du bassinet.

L'attention est attirée par des antécédents urinaires. Le malade est un calculeux ou présente de la tuberculose rénale, ou de la pyélo-néphrite.

L'examen des urines montre la présence possible de pus, de sang, de calculs, etc.

On ira à la recherche du rein, et s'il est perceptible, on appréciera son volume, sa sensibilité, etc.

Localement, on constatera que la tuméfaction et l'empâtement lombaires débutent plutôt dans la moitié supérieure de la région, toujours plus haut que dans les cas d'abcès d'origine intestinale. L'empâtement est plaqué contre la dernière côte et laisse relativement libre la crête iliaque.

Le phlegmon de la paroi lombaire, avec ses caractères de suppuration superficielle, ses phénomènes généraux, moins intenses.

Les abcès osseux, chauds ou froids, du rachis, des côtes, de la crête iliaque. La recherche des points douloureux osseux sera négative.

La psôitisme gauche, exceptionnelle, d'origine intestinale, pouvant coïncider avec et compliquer l'affection qui nous occupe.

La flexion et la rétraction de la cuisse attireront l'attention. Le pus vient se collecter au niveau de l'arcade crurale ou dans le triangle de Scarpa.

Dans les formes très étendues à la fosse iliaque, au pelvis, on pourra songer chez la femme à un phlegmon du ligament large, qui sera éliminé par les antécédents d'infection puerpérale et les résultats du toucher vaginal.

Enfin, il est un diagnostic qu'il faut envisager : c'est celui de suppurations lombaires gauches symptomatiques d'un néoplasme ou d'une tuberculose du côlon descendant ou de l'S iliaque. Tuffier a étudié certains de ces cancers se manifestant primitivement par des abcès. Savariaux, à la Société de Chirurgie de Paris

(1910), niant la sigmoïdite, met sur le compte du néoplasme tous les abcès nettement d'origine intestinale. Plusieurs auteurs, M. Patel, notamment, ont publié des observations à ce sujet.

En Angleterre les cas de tuberculose de l'anse sigmoïde ont été étudiés par Lockardt, Mummerey, Kidd.

Le diagnostic de ces abcès symptomatiques est souvent des plus difficiles. Le cas qui peut se présenter c'est celui d'un malade opéré d'un abcès lombaire qui, au lieu de guérir, a donné lieu à une fistule stercorale. L'âge avancé du malade, son état de cachexie et l'évolution rapidement mortelle font diagnostiquer un néoplasme. Si, au contraire, l'état général est bon, le malade, plutôt jeune, l'évolution chronique, on conclura à la tuberculose.

Aussi est-on en droit de penser que les prétendus néoplasmes avec abcès opérés et guéris, n'étaient que des lésions inflammatoires tuberculeuses ou non.

Traitement.

Quel que soit le diagnostic porté, de périnéphrite suppurée ou de phlegmon lombaire d'origine intestinale, le traitement reste le même : on est en présence d'une suppuration grave, il faut ouvrir le plus vite et le plus largement possible.

L'incision sera faite sur le point le plus saillant de la région lombaire, qui se trouve ordinairement dans le triangle de J.-L. Petit, un peu au-dessus de la crête iliaque. De là on la fera obliquer, suivant les cas, en avant ou en arrière.

On peut d'ailleurs appliquer les mêmes procédés opératoires que pour les formes rétro-péritonéales de l'appendicite. Sheldon fait une double incision : l'une verticale le long du bord externe du grand dorsal, en passant au bas de la crête iliaque, une seconde transversale, rasant la crête iliaque, on découvre ainsi la région sous-péritonéale.

Plus simplement, pour Cavaillon, Chabanon, on pourra faire une incision analogue à celle de la néphrotomie, prolongée en avant le long du bord supérieur de la crête iliaque, permettant d'arriver dans le tissu cellulaire rétro-mésocolique, et de faire un bon drainage.

Arrivé sur le ou les abcès, on les évacuera, et on explorera avec l'index l'intérieur de leur cavité.

On recherchera les prolongements qui seront évacués par des incisions de décharge.

Cette exploration digitale fixera le diagnostic dans les cas douteux, en montrant que l'abcès est en rapport avec le feuillet postérieur du péritoine et avec la face postérieure des côlons descendant ou iliaque.

Le drainage sera soigné, on aura soin de ne pas faire de sutures, ni même de rechercher à rapprocher les lèvres de la plaie, à moins d'incision manifestement trop étendue ; car souvent il se produit secondairement soit de la rétention, soit encore des abcès localisés de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont simples dans les cas, où évacué à temps, le pus n'a pas encore diffusé et produit des lésions irréparables, l'affection ne demandant alors qu'à guérir. La température tombe rapidement, en même temps que cessent les phénomènes infectieux. On peut cependant voir de nouveaux accès fébriles survenir à l'occasion d'un petit abcès de la paroi, ou d'une fusée purulente passée inaperçue.

Les complications : psoïtis, abcès sous-phrénique, etc., seront traitées chirurgicalement, aussitôt reconnues. L'abcès sous-phrénique, en particulier, sera abordé par la voie postérieure avec ou sans résection costale, ou la voie transdiaphragmatique (Jaboulay), dans les cas d'abcès hauts situés, en ménageant le cul-de-sac pleural. Cette opération est à rejeter, si la plèvre est saine.

Quant aux lésions coliques, cause initiale de l'abcès la conduite à tenir est variable, suivant leur intensité et

leur étendue. Si une intervention été jugée utile, le plus souvent elle sera faite en un second temps.

On a pratiqué (Hartwell) la résection de l'S iliaque malade, pour des diverticulites suppurées.

Il ne semble pas que l'ablation de l'intestin soit souvent indispensable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Abcès de la région lombaire gauche ayant débuté brusquement, sans signe rénal, opéré le 22 août 1912. Collection suppurée en rapport avec la face postérieure de l'S iliaque. Guérison.

Examen pus : *Bacterium coli*.

X..., 35 ans, de très bonne santé, a été pris au début d'août, d'une douleur de la région lombaire gauche, avec forte température d'emblée. La douleur va en augmentant progressivement. L'état général restant cependant bon. Peu à peu apparaît, dans la région lombaire gauche, une tuméfaction assez volumineuse et très douloureuse, qui rend évidente l'existence d'une suppuration profonde.

A l'examen on constate :

Le malade a le facies d'un sujet fébrile faisant du pus, mais l'état général reste satisfaisant. Pas de vomissements. Aucun trouble digestif, sauf quelques troubles de diarrhée et de constipation.

Pas de sang dans les selles. Pas de phénomènes pulmonaires. Rien dans les urines. Mictions normales.

La région lombaire gauche présente un empatement manifeste, qui siège surtout dans la moitié inférieure de la région, tandis que la moitié supérieure reste libre et permet de deviner encore l'encoche costo-lombaire.

A la palpation, œdème de la peau, empatement profond, dur,

douloureux laissant manifestement supposer la présence de pus sous-jacent. Pas de point douloureux localisé. Pas de fluctuation. Pas de point douloureux sur la crête iliaque, le rachis, les côtes.

L'examen de l'abdomen est négatif, on ne constate rien de spécial. Aucun phénomène péritonéal. Sonorité normale. Paroi souple, dépressible.

La palpation de la fosse iliaque gauche est indolore.

Par le palper abdomino-lombaire on acquiert la notion d'une masse irrégulière, douloureuse, ballottant comme une tumeur rénale, et située à la partie inférieure de la région lombaire.

Le rein, étant donné l'embompoint du sujet, n'est pas perceptible.

Température 39°2, ayant tendance à s'élever depuis quelques jours.

L'existence d'une suppuration lombaire étant évidente, en cherchant l'origine on voyait :

1° Que le rein était sain. Pas de troubles urinaires. Urines claires, n'ayant contenu ni pus, ni sang, ni calculs ;

2° La crête iliaque, le rachis dorso-lombaire, les dernières côtes étaient indemnes.

L'hypothèse d'une suppuration, d'origine intestinale, ayant débuté à la face postérieure de l'S iliaque, fut admise.

Le malade étant un gros mangeur, constipé habituel, avec des troubles intermittents d'entéro-colite.

Intervention le 22 août 1912.

Sur le point culminant, on fait une incision de 10 cc., partant du bord supérieur de la crête iliaque gauche, se dirigeant obliquement en haut et en dedans. A l'incision des tissus superficiels qui sont œdématisés, on tombe sur l'aponévrose du grand dorsal qui est incisée.

On introduit le doigt dans le triangle de J.-L. Petit, et on donne issue à du pus épais, phlegmoneux, bien lié, d'odeur fécaloïde.

En explorant la cavité du volume d'un demi-poing, on constate qu'elle est placée à la partie inférieure de la région lombaire,

moitié sur le versant antérieur de la fosse iliaque interne, moitié dans la région lombaire.

Elle est close de toute part, on ne sent absolument pas le rein. Pas de point osseux dénudé. En retournant la pulpe du doigt en avant, on arrive sur le péritoine. La palpation abdominale combinée, fait constater que le côlon descendant et l'S iliaque sont plaqués à ce niveau contre le feuillet. A cet endroit, la paroi de la poche est plus irrégulière, et il est fort probable que le point de départ se trouve sur la face postérieure de l'S iliaque, on draine au point déclive.

On met deux points de suture à la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires. — Le soir, la température tomba à 37°4. Elle remonta les jours suivants. On dut faire sauter les sutures.

Le 30 août. — On constate la rétrécission de la tuméfaction lombaire. Il reste toujours un noyau dur, douloureux, correspondant au colon. Rien dans la fosse iliaque, ni dans la loge rénale.

2 septembre. — Formation d'un petit abcès de la paroi abdominale. Bon état général.

Depuis guérison parfaite.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service du professeur JABOULAY,
Lyon Médical, 1904, p. 325.)

Abcès lombaire. — Ouverture. — Guérison.

Homme de 38 ans : début il y a huit jours par une tuméfaction douloureuse, survenue dans la région lombaire gauche. Constipation antérieure. Tumeur fluctuante siégeant au niveau du triangle de J.-L. Petit. Température : 38°2. Incision, évacuation de pus gazeux, fécaloïde; pas de point osseux dénudé. Guérison en huit jours.

OBSERVATION III

(ROLLESTON, *The Lancet*, 1^{er} avril 1905.)

Abcès péricolique rétro-péritonéal.

Femme, 47 ans : douleurs abdominales depuis dix-huit mois, accrues depuis un mois. Phlébite double. Mort.

A l'autopsie, perforation de la fin du côlon descendant ; l'une conduisait dans une grande cavité rétro-péritonéale allant du bassin au diaphragme et contenant du pus et des matières.

OBSERVATION IV

(M. PATEL. — Thèse Le Landais.)

Abcès lombaire gauche survenu très insidieusement.

(OPÉRATION : Ouverture, pus gazeux fécaloïde, pas de lésion osseuse ou rénale.)

V. J..., homme de 45 ans, demeurant à Breillioles (Rhône), entre le 3 août 1910 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel.

Il se présente avec une tuméfaction douloureuse de la région lombaire gauche, qui serait survenue il y a une quinzaine de jours. A ce moment, sans phénomènes prémonitoires très nets, il ressentit une douleur sourde dans cette région, puis vit peu à peu se développer une tuméfaction qui alla en augmentant de volume. Le malade n'a aucun antécédent personnel, sauf des diarrhées assez fréquentes.

A l'examen, on constate dans la région lombaire gauche, une tuméfaction du volume d'un poing, très douloureuse à la pression, fluctuante profondément. L'examen clinique de la colonne vertébrale, de la crête iliaque, ne révèle absolument rien. Le rein est perceptible, non augmenté de volume. Aucun trouble urinaire ;

les urines ne renferment rien. Température : 38°5. Par exclusion, on arrive à poser le diagnostic probable d'abcès d'origine intestinale.

Opération, 4 août 1912 (M. Paté). — Incision légèrement oblique, suivant la partie saillante de l'abcès. Le tissu cellulaire atteint, on ouvre une collection suppurée contenant du pus franc, gazeux, à odeur fécaloïde. Il semble sortir du bord supérieur de la crête iliaque, au niveau du triangle de Jean-Louis Petit. Le grand dorsal est incisé, et on est en présence d'une seconde collection qui s'étale profondément contre la face postérieure du péritoine. Pas de lésion osseuse perçue; la colonne vertébrale n'est pas atteinte; la crête iliaque n'est nullement dénudée. Le rein, dont on sent le pôle inférieur, paraît sain. On trouve seulement une zone suspecte du côté de la face postérieure du péritoine; à ce niveau, le doigt a l'impression de rencontrer la face postérieure de l'S iliaque.

Drainage. — Fermeture de la partie supérieure du triangle de J.-L. Petit.

Suites opératoires : chute de la température le lendemain. Guérison sans incidents au bout d'une dizaine de jours.

CONCLUSIONS

I. — Il existe dans la région lombaire gauche des abcès sous-péritonéaux d'origine intestinale (côlons descendant ou iléo-pelvien), en dehors de toute lésion d'organes voisins, identiques aux suppurations lombaires sous-péritonéales d'origine appendiculaire.

II. — La localisation de l'infection dans cette portion de l'intestin tient, en premier lieu, à la présence sur la paroi colique de diverticules; en second lieu, à des conditions anatomiques et physiologiques qui favorisent la stase des fèces et par là l'infection.

III. — Ces suppurations sous-péritonéales d'origine intestinale se révèlent par des signes d'abcès lombaire profond, dont le diagnostic causal est assez difficile et se fera par exclusion.

IV. — Evoluant spontanément, elles s'ouvrent rarement à la peau, plus souvent dans l'intestin ou donnent lieu à des phlegmons diffus mortels.

V. — Incisés à temps et drainés, ces abcès évoluent vers la guérison.

VU :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNSPERGER (L.). — Ueber entzündliche Tumoren der Flexura sigmoidea Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, t. XXI, fasc. 4, 1910.
- BITTORF. — Die akuten und chronischen Entzündungen des Dickdarms spez. der Flexura sigmoidea. (*Munch. med. Wochenschrift*, n° 4, p. 147-151, 26 janvier 1904.)
- BLAUD SUTTON. — Perforation du côlon par de petits corps étrangers. Ses relations avec les abcès des appendices épiploïques. (*The Lancet*, t. II, p. 1151, 1903.)
- BOAS. — Diagnostic und therapie der Darmkrankheiten. Bd II, 1899.
- BOUDAILLIEZ. — Contribution à l'étude clinique des sigmoidites et péricolites d'origine inflammatoire. (Thèse de Paris, 1909-1910.)
- CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.
— Congrès de médecine, Paris, 1912.
- CATZ (Albert). — Sigmoidites et péricolites. (*Gazette des Hôpitaux*, 5 janvier 1907.)
- EWALD. — Klinik d. Verdauungs Krankheiten. Bd III, 1902.
— (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 44, 1899.)
- HENTWELL (John-A.). — Diverticules de l'anse sigmoïde. (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1910.)
— Diverticulite intestinale. (*Revue de chirurgie*, 10 septembre 1910.)
- KIDD-BY (F.-S.). — Hyperplastic Tuberculosis Pericolicitis. (*The Lancet*, 5 janvier 1907.)
- KÖPPELIN. — Abcès de la fosse iliaque droite, d'origine cœcale. (Th. de Lyon, 1909-1910.)
- KÜSS (G.). — Les rétrécissements péricoliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme. (Thèse de Paris, 1909-1910.)
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire, t. XXIV. Affections chirurgicales de l'abdomen par A. Guinard.
- LOUIS (Guillaume) (de Tours). — Sigmoidites et péricolites. (*Archives médico-chirurgicales de province*, p. 240, 15 août 1909.)

- LEJARS. — Sigmœidites-péri-sigmœidites. (*Semaine médicale*, 27 janvier 1904.)
- Discussion sur les sigmœidites et péri-sigmœidites. (Société de chirurgie, Paris, 21 mars 1906.)
- Signo-péri-sigmœidite à forme d'occlusion intestinale. (*Semaine médicale*, 25 décembre 1907.)
- LE LANDAIS. — Les abcès de la fosse iliaque gauche d'origine sigmœidienne. (Thèse de Lyon, 1910.)
- LOCKART et MUMMEREY. — Diseases of the Colon.
- MAYOR. — Sur une variété d'entérite iliaque. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1893.)
- Sigmœidites et péri-sigmœidites. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, n° 10, octobre 1907.)
- MICHAUX. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 7 mars 1906.)
- MOURE et DESBOUI. — Sigmœidite suraiguë perforante. (*Presse médicale*, 29 décembre 1909.)
- MAXWELL TELLING. — Acquired Diverticula of the Sigmond flexura.
- MOSCHCOWITZ. — Resection d'S iliaque pour diverticulites multiples. (*Annales of Surgery*, t. XLI, n° 4, avril 1910.)
- OLMSTED. — Phlegmonous sigmœiditis resection recovery. (*American Journal of obstetrics*, t. I, p. 191, 1908.)
- PATEL et PELLANDA. — Sur une pièce d'S iliaque à diverticules. (*Lyon médical*, 1906.)
- PATEL. — 3 cas de sigmœidites. (*Lyon médical*, octobre 1904.)
- Sigmœidites et péri-sigmœidites. Affections inflammatoires simples de l'S iliaque. (*Revue de chirurgie*, 1907.)
- POULAIN. — Sigmœidites et péri-sigmœidites. (*Journal des sciences médicales de Lille*, mai-juin 1910.)
- REGNIER. — La sigmœidite. (Thèse de Lyon, 1897-1898.)
- ROSENHEIM. — Ueber sigmœiditis. (*Zeitschrift für klinische Medic.*, 1904.)
- ROWLANDS. — Sigmœidites et méso-sigmœidites. (*The Lancet*, avril 1910.)
- SAILLANT. — Sigmœidites et péri-sigmœidites. Etude anatomique et clinique. (Thèse de Paris, 1905-1906.)
- SCHLIESINGER. — Réparation d'un phlegmon iliaque du gros intestin (*Gesellschaft in Medezin und Kinderl. in Wien*, 21 décembre 1905.)
- SERVENT. — Essai sur les colites et les péricolites. Affections inflammatoires simples. (Thèse de Lyon, 1907-1908.)
- SINGER. — De la sigmœidite. (*Naturf. u. Aertze Meran.*, 24 septembre 1905.)
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
- VERDENAL. — Diverticules de l'S iliaque. (Thèse de Lyon, 1907.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	5
Historique	7
Aperçu anatomique	10
Etiologie. — Pathogénie	13
Anatomie pathologique	19
Etude clinique	22
Traitement	35
Observations.	38
Conclusions.	43
Bibliographie	45
